

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

# AGENDA PARA O ADVOCACY DAS PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Leonardo Araújo Vieira, Bruna Kulik Hassan, Douglas Roque Andrade, Danilo Sales Bocalini,  
Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.16305>

Submetido em: 2026-05-27

Postado em: 2026-05-29 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

A moderação deste preprint recebeu o(s) endosso(s) de:

- Debora Bernardo (ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4351-8929>)

**AGENDA PARA O *ADVOCACY* DAS PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES  
FÍSICAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

*ADVOCACY AGENDA FOR PHYSICAL ACTIVITY IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH  
SYSTEM*

*AGENDA PARA EL *ADVOCACY* DE LAS PRÁCTICAS CORPORALES Y ACTIVIDADES  
FÍSICAS EM EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD BRASILEÑO*

**Leonardo Araújo Vieira**

Prefeitura Municipal de Vitória, Serviço de Orientação ao Exercício, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação Física e Desportos, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4382-9719>

**Bruna Kulik Hassan**

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

<https://orcid.org/0000-0001-5484-4880>

**Douglas Roque Andrade**

Universidade de São Paulo, Escola de Artes Ciências e Humanidades, São Paulo, São Paulo, Brasil

<https://orcid.org/0000-0001-5135-582X>

**Danilo Sales Bocalini**

Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação Física e Desportos, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-3993-8277>

**Fabio Fortunato Brasil de Carvalho**

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-2979-6359>

## Resumo

**Introdução:** Em 2026, a Política Nacional de Promoção da Saúde completou 20 anos. Esse marco configura uma oportunidade para atualizar o debate acerca de sua implementação e de seus temas prioritários. Embora o *advocacy* seja amplamente reconhecido como uma estratégia prioritária de promoção da saúde, no campo das práticas corporais e atividades físicas, ele ainda é pouco estruturado e pesquisado. **Objetivo:** Este estudo, de caráter ensaístico, teve como objetivo apresentar uma proposta de agenda para o *advocacy* das práticas corporais e atividades físicas, com ênfase na gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS). **Desenvolvimento:** A partir da concepção das práticas corporais e atividades físicas e da promoção da saúde no âmbito do SUS, bem como da reflexão sobre os determinantes comerciais da saúde e suas implicações para o *advocacy* das práticas corporais e atividades físicas, foram debatidos os seguintes aspectos: por que fortalecer o *advocacy*; qual agenda deve ser defendida; como deve ser implementado; e quem deve participar desse processo. **Considerações finais:** O *advocacy* constitui uma ferramenta estratégica com potencial para mobilizar ações voltadas à consolidação das práticas corporais e atividades físicas no SUS, como política pública de saúde orientada pela equidade e como direito da população brasileira. A criação da Política Nacional de Práticas Corporais e Atividades Físicas apresenta-se como pauta prioritária dessa agenda.

**Palavras-chave:** Advocacia em Saúde; Participação da comunidade; Política de Saúde; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Exercício Físico.

## Abstract

*Introduction:* In 2026, the National Health Promotion Policy marked its 20th anniversary. This milestone provides an opportunity to revisit the debate regarding its implementation and priority themes. Although advocacy is widely recognized as priority strategy for health promotion, in the field of physical activity, it remains poorly structured and under-researched. *Objective:* This essay-style study aimed to present a proposed agenda for advocacy in physical activity, with an emphasis on the federal management of the Brazilian Unified Health System (SUS). *Development:* Based on the conception of physical activity and health promotion within the SUS, as well as a reflections on the commercial determinants of health and their implications for advocacy in the field of physical activity, the following aspects were discussed: why advocacy should be strengthened; what agenda should be advocated; how it should be implemented; and who should participate in this process. *Final considerations:* Advocacy constitutes a strategic tool with the potential to mobilize actions aimed at consolidating physical activity within the SUS, both as an equity-oriented public health policy and as a right

*of the Brazilian population. The establishment of a National Physical Activity Policy emerges as a priority item on this agenda.*

**Keywords:** *Health Advocacy; Community Participation; Health Policy; Health Policy, Planning and Management; Exercise.*

### **Resumen**

*Introducción: En 2026, la Política Nacional de Promoción de la Salud cumplió 20 años. Este hito constituye una oportunidad para actualizar el debate acerca de su implementación y de sus temas prioritarios. Aunque el advocacy es ampliamente reconocido como una estrategia prioritaria de promoción de la salud, en el campo de las prácticas corporales y las actividades físicas todavía se encuentra poco estructurado y escasamente investigado. Objetivo: Este estudio, de carácter ensayístico, tuvo como objetivo presentar una propuesta de agenda para el advocacy de las prácticas corporales y las actividades físicas, con énfasis en la gestión federal del Sistema Único de Salud (SUS). Desarrollo: A partir de la concepción de las prácticas corporales y las actividades físicas y de la promoción de la salud en el ámbito del SUS, así como de la reflexión sobre los determinantes comerciales de la salud y sus implicaciones para el advocacy de las prácticas corporales y las actividades físicas, se debatieron los siguientes aspectos: por qué fortalecer el advocacy; qué agenda debe ser defendida; cómo debe ser implementada; y quiénes deben participar en este proceso. Consideraciones finales: El advocacy constituye una herramienta estratégica con potencial para movilizar acciones orientadas a la consolidación de las prácticas corporales y las actividades físicas en el SUS, como política pública de salud orientada por la equidad y como derecho de la población brasileña. La creación de la Política Nacional de Prácticas Corporales y Actividades Físicas se presenta como una pauta prioritaria de esta agenda.*

**Palabras clave:** *Defensa de la Salud; Participación de la Comunidad; Política de Salud; Políticas, Planificación y Administración en Salud; Ejercicio Físico.*

## Introdução

Criada em 2006 e revisada em 2014, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) completa 20 anos em 2026<sup>1,2</sup>, sendo sua formulação e implementação influenciadas por aspectos epidemiológicos, sociais, políticos e econômicos<sup>3</sup>. A conjuntura atual, no período pós-governo de extrema direita, tem sido marcada pela retomada dos investimentos em políticas de saúde<sup>4,5</sup> e pela crescente articulação da sociedade civil organizada e da academia com o Estado, em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>6,7</sup>. Diante disso, o momento é oportuno para atualizar o debate acerca da implementação da PNPS e de seus temas prioritários.

No que se refere às práticas corporais e atividades físicas (PCAF), a PNPS é o principal marco normativo para o desenvolvimento da agenda no SUS, que ocorre, notadamente na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>8,9</sup>. Em 2021, à época dos 15 anos da PNPS, havia um contexto de crise política que culminou no “golpe parlamentar” e na intensificação de medidas de austeridade fiscal que, por sua vez, afetaram a implementação de ações de promoção da saúde, incluindo as PCAF<sup>10,11</sup>. Nos últimos anos (2023 a 2026), o contexto político e econômico tornou-se relativamente mais favorável, caracterizado pela retomada de um projeto nacional democrático e por uma relativa trégua nas medidas de austeridade<sup>7,12</sup>.

Considerando a celebração dos 20 anos da PNPS, faz-se necessário avançar em ações que fortaleçam as PCAF, uma vez que apenas cerca de 30% da população adulta brasileira é fisicamente ativa no lazer e que existem importantes iniquidades no acesso às PCAF<sup>13,14</sup>. Nesse sentido, as estratégias de *advocacy* são fundamentais para a consolidação de políticas públicas, de modo a colaborar com o enfrentamento das iniquidades em saúde<sup>15</sup> e com a garantia do acesso às PCAF como um direito humano e dever do Estado<sup>16-18</sup>.

É relevante registrar que, de nossa perspectiva, as estratégias de *advocacy* para as PCAF não se concentram na mudança de comportamentos individuais, mas nos sistemas, nas políticas públicas e nos processos políticos necessários à construção de apoio e legitimidade para uma agenda específica<sup>19</sup>. Assim, a mudança pretendida deve decorrer da ampliação do acesso por meio de ações territorialmente contextualizadas e socialmente relevantes, construídas a partir de pactuações que considerem aspectos estruturais e rejeitem a responsabilização individual exclusiva<sup>20</sup>.

Embora o *advocacy* seja amplamente reconhecido como uma estratégia prioritária de promoção da saúde, no campo das PCAF, ele ainda é pouco estruturado e pesquisado. A análise de outros temas da saúde pública, significativamente mais avançados em ações relacionadas, como o controle do tabagismo e a alimentação e nutrição, demonstra que os avanços foram arduamente conquistados por meio da identificação e mobilização de atores, da formação de

coalizões, da construção de consensos em torno das ações e da atuação abrangente nos domínios político, profissional e público, incluindo a mídia<sup>19,21</sup>.

Diante do exposto, este estudo, de caráter ensaístico, teve como objetivo apresentar uma proposta de agenda para o *advocacy* das PCAF, com ênfase na gestão federal do SUS. Tal enfoque, justifica-se pela capacidade do Ministério da Saúde de instituir e fomentar políticas públicas a serem implementadas nas esferas estadual e municipal do SUS, bem como por sua ampla capacidade de articulação intersetorial, envolvendo atores dos setores público e privado, do terceiro setor e de sociedades científicas<sup>22</sup>.

O estudo vincula-se ao campo da Saúde Coletiva, especificamente ao subcampo de Política, Planejamento e Gestão, e resulta de um exercício de reflexão e produção coletiva entre atores da Educação Física e da Saúde Coletiva, com o propósito de contribuir para o fortalecimento das PCAF como política pública de saúde.

### **Conceituações que fundamentam o presente ensaio**

#### *a) Práticas corporais e atividades físicas*

Na literatura nacional, existe um debate acerca das aproximações e dos distanciamentos entre os termos/conceitos “práticas corporais” e “atividades físicas”, relacionados tanto ao referencial epistemológico em que se baseiam (biológico ou sociocultural) quanto à origem da produção científica (Brasil ou países do Norte Global)<sup>23</sup>.

No presente estudo, optou-se pelo uso dos termos em conjunto, em consonância com a proposta da PNPS<sup>2</sup>. Dessa forma busca-se representar nas ações, programas e políticas do SUS, as diferentes dimensões da relação entre o movimento corporal humano e a saúde, integrando as perspectivas biológica, social, cultural e econômica, com o objetivo de reduzir as iniquidades e ampliar o acesso da população brasileira ao direito a tais práticas<sup>23</sup>.

#### *b) Promoção da saúde no Sistema Único de Saúde*

A promoção da saúde é defendida em sua vertente progressista, a partir de sua natureza contra-hegemônica e complexa<sup>3,24</sup>. Essa perspectiva busca superar concepções unilaterais e restritas que, por exemplo, a dicotomizam em relação à prevenção de doenças, tornando quase indesejável evitar o adoecimento e/ou o agravamento de uma condição de saúde<sup>25</sup>.

A vertente e a natureza defendidas servem de base para a construção de possibilidades de melhores condições de saúde e de vida, tanto individuais quanto coletivas, ao acolherem a complexidade que necessariamente se relaciona à concepção ampliada de saúde. Opõem-se,

portanto, à ideia de que cada indivíduo seria o único responsável por sua saúde, independentemente de outros elementos, o que eventualmente culmina em uma concepção restrita de autonomia<sup>24</sup>. Nessa perspectiva, não se adota o enfoque na culpabilização individual a partir de fatores de risco para doenças, que simplificam o processo saúde-doença, já que existem barreiras concretas que podem dificultar, ou mesmo impedir, que ações de saúde sejam adotadas pelas pessoas.

A partir das questões conceituais e de concepção apresentadas, a promoção da saúde voltada às PCAF requer, para além do discurso, políticas públicas específicas, com planejamento estratégico que considere a alocação de recursos, metas, monitoramento e avaliação, a partir de articulação intersetorial<sup>26</sup>, com vistas à promoção de melhorias nas condições de vida e de saúde da população brasileira.

### c) *Advocacy*

Diferentes conceituações de *advocacy* têm sido propostas. Portanto, não há um entendimento único que traduza esse conjunto de ações e práticas, nem uma única forma de praticá-las, nem um único público ou parte interessada a quem essas estratégias se destinam. A prática de *advocacy* pode visar políticas ou ações públicas ou privadas, ou mesmo a ausência delas, podendo ser realizada tanto por indivíduos quanto por grupos, ou em nome deles<sup>27</sup>.

No que diz respeito à área da saúde, diferentes concepções de *advocacy* têm sido discutidas entre categorias profissionais. Por exemplo, o *advocacy* médico é definido por Earnest *et al.*<sup>28</sup> como “ação realizada por um médico para promover mudanças sociais, econômicas, educacionais e políticas que atenuem o sofrimento e as ameaças à saúde e ao bem-estar humanos, identificadas por ele ou ela por meio de seu trabalho profissional e de sua expertise”. Na enfermagem, o *patient advocacy* tem sido definido e estudado para destacar aspectos fundamentais para a atuação desses profissionais, como ser a voz do paciente e aprimorar a qualidade do cuidado<sup>29</sup>.

Desde a Carta de Ottawa, de 1986, observa-se uma crescente incorporação, por profissionais e movimentos do campo da saúde pública, de uma visão ampliada acerca do papel do *advocacy* na promoção da saúde, o que tem impulsionado a formulação de conceituações mais abrangentes. Nesse contexto, entende-se *advocacy*, por exemplo, como uma forma de ação social voltada especialmente à promoção de mudanças na legislação, nas políticas e nos ambientes, visando favorecer modos de vida saudáveis<sup>30</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o *advocacy* como uma das três principais estratégias de promoção da saúde, definindo-o de maneira ainda mais ampla como

“uma combinação de ações individuais e coletivas destinada a obter comprometimento político, apoio a políticas, aceitação social e sustentação dos sistemas em prol de uma determinada meta ou programa de saúde”<sup>27</sup>.

O *advocacy* também tem sido reconhecido como um meio de promover políticas que atuem sobre os determinantes sociais da saúde e, assim, fomentem a equidade em saúde<sup>31,32</sup>, em especial, sobre os determinantes comerciais, que serão abordados mais adiante no texto. Para orientar ações estratégicas de *advocacy* visando à transformação das iniquidades em saúde, foi proposta sua definição como “uma tentativa deliberada de influenciar tomadores de decisão e outras partes interessadas a apoiar e implementar políticas que contribuam para a melhoria da equidade em saúde, utilizando evidências”<sup>32</sup>.

O Guia de Ações de *Advocacy* para a Agenda 2030, da ACT Promoção da Saúde, estabelece que o *advocacy* consiste em um conjunto de ações destinadas a conscientizar e mobilizar tanto a população quanto formadores de opinião, bem como a capacitar agentes transformadores, tendo como finalidade primordial fomentar a atuação do poder público em torno de medidas de interesse coletivo e, conseqüentemente, promover mudanças em políticas públicas e transformações culturais e sociais mais profundas<sup>33</sup>.

Considerando que apenas uma definição de *advocacy* é insuficiente para descortinar o arcabouço que envolve esse conjunto de práticas e ações, a literatura apresenta diferentes modelos teóricos. O presente ensaio inspira-se em dois modelos complementares: um modelo específico para as PCAF, proposto por Shilton<sup>30,34</sup>, e outro mais abrangente, apresentado no Guia de Ações de *Advocacy* para a Agenda 2030<sup>33</sup>. A partir dessas referências, buscou-se formular uma proposta para orientar as ações de *advocacy* para a promoção das PCAF no SUS.

O modelo de *advocacy* proposto por Shilton<sup>30,34</sup> é estruturado em seis imperativos de efetividade (evidências; relevância política; soluções; parcerias; estratégias de *advocacy*; e comunicação persuasiva) e cinco domínios de ação (*advocacy* político; *advocacy* midiático; mobilização profissional; mobilização comunitária; e *advocacy* institucional), sendo organizados em três etapas. A primeira (“Por que?”) consiste na produção, sistematização e tradução das evidências científicas mais relevantes, buscando demonstrar a importância das PCAF. A segunda (“O que?”) refere-se à construção de uma agenda de *advocacy* fundamentada nessas evidências, com definição de prioridades, ações estratégicas e investimentos. Por fim, a terceira etapa (“Como?” e “Quem?”) envolve a implementação de estratégias de *advocacy* destinadas a influenciar tomadores de decisão e mobilizar apoio político e social em torno da agenda proposta<sup>30,34</sup>. Já o Guia de Ações de *Advocacy* para a Agenda 2030 apresenta uma proposta que elenca práticas e ações de *advocacy* ancoradas em quatro pilares para a formulação

de um plano estratégico: produção do conhecimento, mobilização, comunicação e incidência política direta <sup>33</sup>.

Assim, o *advocacy* requer a articulação de um conjunto de competências que combinam tanto a “ciência” quanto a “arte” <sup>19</sup>. A dimensão científica envolve a compreensão e a aplicação de conteúdos em saúde, dados e evidências, incorporando uma visão sistêmica que abrange o entendimento dos sistemas de saúde e de outros sistemas, bem como a capacidade de navegar no ambiente político e em seus mecanismos de influência <sup>19</sup>. Já a dimensão artística refere-se à habilidade de desenvolver relacionamentos, construir confiança e influenciar os atores estratégicos com poder decisório, compreendidos como todos aqueles indivíduos, grupos ou organizações que desempenham um papel na arena política <sup>19</sup>. Tal dimensão inclui competências comunicacionais, como a elaboração de narrativas convincentes, o enquadramento estratégico de mensagens e a apresentação persuasiva de informações por múltiplos canais <sup>19</sup>.

Cabe ressaltar que as dimensões artística e científica do *advocacy* costumam se entrelaçar quando, por exemplo, a indústria contesta evidências e/ou coopta a comunidade científica para produzir pesquisas favoráveis que fundamentem ações de *lobby* contra regulamentações, tal como ocorre no campo da alimentação e nutrição <sup>35</sup>. Além disso, cria e dissemina narrativas para conquistar a opinião pública e influenciar tomadores de decisão, inclusive por meio de grandes formadores de opinião, como por exemplo, artistas, mascotes e influenciadores, com substancial aporte financeiro <sup>35</sup>.

### **Determinantes comerciais da saúde: implicações para o *advocacy* das práticas corporais e atividades físicas**

Os determinantes comerciais da saúde compreendem os sistemas, práticas e mecanismos pelos quais os atores comerciais influenciam a saúde e a equidade, podendo gerar impactos tanto positivos quanto negativos, sendo estes últimos mais frequentes <sup>36</sup>. Diante disso, é fundamental reconhecer e identificar os atores comerciais cujos interesses se opõem, de forma ativa ou passiva, às políticas de promoção das PCAF e que utilizam seu poder para influenciar decisões políticas em favor de interesses comerciais <sup>37</sup>.

Embora o termo “inimigos” seja frequentemente utilizado na literatura, em razão de seu sentido moral e/ou bélico, compreendemos que ele não seja o mais adequado para expressar as ações de atores com conflito de interesses e/ou opostos às PCAF. Por isso, optamos pelo uso do termo “atores comerciais com conflito de interesses”. Os atores comerciais com conflito de interesses com as agendas de controle do tabagismo e de promoção da alimentação adequada e

saudável, bem como suas práticas corporativas sistemáticas para atrasar, enfraquecer ou bloquear políticas públicas, estão amplamente documentados na literatura <sup>38-40</sup>.

Porém, o mapeamento daqueles que interferem nas PCAF ainda permanece um desafio <sup>37,41</sup>. No caso das PCAF, não há uma indústria da inatividade física, ao menos não nos mesmos moldes das anteriormente exemplificadas, sendo possível assumir que essa pauta enfrenta atores comerciais com conflitos de interesses menos visíveis e mais difusos <sup>30,34</sup>. Além disso, as influências comerciais sobre as PCAF, ao contrário daquelas relacionadas ao tabagismo, ao álcool, aos alimentos ultraprocessados e aos jogos de apostas, são mais diversificadas e podem exercer efeitos tanto negativos quanto positivos <sup>37,42</sup>.

Como exemplos de atores comerciais com conflitos de interesses relacionados às PCAF, destacam-se as indústrias automotiva, de transporte e de tecnologia, bem como o setor de exploração imobiliária, uma vez que esses atores, de forma ativa ou passiva, podem comprometer a implementação de políticas públicas voltadas ao aumento da realização das PCAF <sup>37,41</sup>. Não se trata de negar a relevância dos avanços tecnológicos ou do acesso a bens materiais, como imóveis ou automóveis, mas de, a partir desses elementos, planejar políticas, programas e ações que ampliem o acesso às PCAF com base nas preferências e/ou escolhas das pessoas, especialmente nos domínios do lazer e do deslocamento ativo. Para isso, é necessário compreender e descortinar as dinâmicas de poder e as ações políticas corporativas que influenciam a agenda de promoção das PCAF.

A formulação e a implementação de políticas públicas de PCAF são processos complexos que envolvem atores aliados e comprometidos com a saúde pública, mas são também permeados pela atuação do setor privado <sup>42</sup>. Diante disso, nuances por vezes ratificadas pelo senso comum e até mesmo por instituições e profissionais de saúde, cada vez mais frequentes nas mídias, ganham força. Por exemplo, a concepção de que a inatividade física e o comportamento sedentário seriam exclusivamente fruto de escolhas individuais e de suposta preguiça desloca o foco da análise das causas estruturais <sup>37,43</sup>. Esse fenômeno também foi observado em diversos campos nos quais entidades comerciais têm suas possibilidades de lucro ameaçadas ou suas atividades reguladas, como no controle do tabaco, do álcool e da alimentação e nutrição <sup>35</sup>.

Assim, apesar da inegável evolução das políticas públicas e da produção científica no campo das PCAF nas últimas décadas <sup>44,45</sup>, é imperativo avançar na compreensão sistemática e sistêmica dos determinantes comerciais e de suas influências sobre a agenda política das PCAF, bem como organizar e fortalecer coalizões capazes de atuar no *advocacy* de maneira geral, bem como especificamente na incidência política direta <sup>37,45</sup>.

Tomando o setor de transportes como exemplo, a defesa pela ampliação do uso de veículos elétricos como alternativa de sustentabilidade ambiental tende a favorecer a indústria automotiva. Contudo, é necessário analisar e debater se essa estratégia não permanece centrada em uma lógica urbanística individualizante e historicamente carrocentrada, sem avançar para uma proposta estruturante de reorientação dos sistemas de mobilidade e transporte em favor do deslocamento ativo, como caminhar e pedalar <sup>42</sup>. Logo, é preciso avançar na implementação de políticas públicas que visem, por exemplo, à definição e à aplicação de normas relativas ao número, à qualidade e às características das ciclovias, bem como à existência de calçadas adequadas <sup>46</sup>. Nesse sentido, o *advocacy* das PCAF envolveria identificar quem detém poder sobre sistemas como os ambientes construídos, construir coalizões entre atores da saúde pública, planejadores urbanos, gestores de transporte, organizações sociais, coletivos e a população, a fim de deslocar o poder em direção a políticas favoráveis ao deslocamento ativo <sup>47</sup>.

Além dessas ações, que podem ser consideradas mais abrangentes, é necessário fortalecer o *advocacy* das PCAF desenvolvidas no SUS. Embora ocorram em contextos mais específicos, as ações de promoção das PCAF realizadas por profissionais de saúde são consideradas efetivas <sup>48</sup> e podem ser estratégicas diante da ampla cobertura e da capilaridade da APS no Brasil <sup>49,50</sup>.

### **O *advocacy* sobre as práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde**

O cenário atual, marcado pela predominância da racionalidade neoliberal, ressignifica a promoção da saúde hegemônica na Saúde Coletiva brasileira ao deslocar a produção da saúde do campo dos direitos sociais e das políticas públicas para a lógica da autogestão da saúde, na qual os indivíduos são interpelados como empreendedores responsáveis pela gestão de sua própria saúde <sup>51</sup>.

Apesar disso, é possível identificar práticas de resistência a essa racionalidade, dentre as quais almejamos que esteja o *advocacy* pela promoção da saúde que, se incorporado por atores como trabalhadores, movimentos sociais e usuários do SUS, pode ampliar os movimentos em defesa de práticas de saúde menos individualizantes e biomédicas <sup>52</sup>.

Nesse contexto, com o objetivo de avançar na agenda das PCAF no âmbito do SUS, será apresentada, a seguir, uma proposta de ações e estratégias de *advocacy* inspirada no modelo proposto por Shilton <sup>30,34</sup> e no Guia de Ações de *Advocacy* para a Agenda 2030 <sup>33</sup>, visando impulsionar a agenda das PCAF no SUS.

## 1. Por que é necessário fortalecer o *advocacy* das Práticas Corporais e Atividades Físicas no SUS?

No âmbito global e no Brasil, observam-se altas prevalências de inatividade física<sup>53</sup>, associadas a elevadas frequências de morbimortalidade, especialmente por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>54,55</sup>. Isso acarreta elevados custos para os sistemas públicos de saúde<sup>56</sup>, inclusive para o SUS<sup>57,58</sup>. Em 2017, por exemplo, as DCNT foram responsáveis por aproximadamente 740 mil internações no Brasil, com custo aproximado de R\$ 2,7 bilhões para o SUS, dos quais 17,4% (R\$ 469 milhões) foram atribuídos à inatividade física<sup>58</sup>.

No Brasil, embora haja uma meta específica de aumento de 30% na realização dessas práticas no domínio do lazer até 2030<sup>59</sup>, e tenha sido observada tendência de crescimento desse indicador entre 2006 e 2023<sup>60,61</sup>, a projeção é de que apenas 45,3% da população adulta será fisicamente ativa no lazer até 2030, o que corresponde ao alcance de 53,8% da meta estabelecida<sup>61</sup>. Portanto, o acesso às PCAF ainda permanece como um importante desafio.

Em complemento, em 2019, dois terços da população adulta brasileira (65,8%) eram insuficientemente ativos no lazer<sup>13</sup>, evidenciando a magnitude do problema no país. Ademais, as projeções para 2030 e 2050 apontam para o aumento da inatividade física<sup>62</sup>, o que é agravado por importantes iniquidades<sup>14</sup>. Assim, o acesso às PCAF configura um privilégio restrito a uma parcela da população brasileira<sup>18</sup>.

Diante disso, é necessário reconhecer que a inatividade física é, em parte, resultado de políticas públicas (ou da ausência delas). Logo, deve ser compreendida a partir de uma perspectiva sistêmica, moldada por decisões políticas e dinâmicas de poder, e não apenas por escolhas individuais<sup>47</sup>. Nesse sentido, a defesa de uma agenda específica de *advocacy* para fortalecer as PCAF no âmbito do SUS baseia-se fundamentalmente na compreensão de que o usufruto (acesso e permanência) dessas práticas configura-se como um direito da população brasileira e um dever do Estado, sendo o SUS um espaço estratégico para a ampliação do acesso de forma equitativa, participativa e inclusiva<sup>9,50</sup>.

A ampliação do acesso pela APS do SUS é possível e viável, uma vez que 44,2% das Unidades de Saúde ofertaram ações de PCAF em 2024<sup>49</sup>. Apesar disso, essas práticas ainda não são tratadas como prioridade na agenda do SUS. Como exemplos da baixa prioridade da pauta no SUS, destacam-se o insuficiente financiamento federal para a promoção das PCAF<sup>63</sup>, as fragilidades na estrutura organizacional dessa agenda na gestão tripartite<sup>64</sup> e a importante disparidade entre o que foi planejado e o que foi executado nos instrumentos de planejamento federal entre 2004 e 2023, desfavorável à expansão dos programas de promoção das PCAF<sup>65</sup>.

Destacam-se ainda o baixo conhecimento e a baixa participação da população em programas públicos de PCAF <sup>66</sup>.

Isso culmina no fato de que, embora exista uma trajetória de mais de duas décadas de apoio técnico e financeiro (mesmo que insuficiente) do Ministério da Saúde, ainda não há uma Política Nacional de PCAF (PNPCAF) <sup>8,67</sup>. Essa pauta, inclusive, tem se constituído como elemento aglutinador e propulsor de ações de *advocacy* coordenadas por um coletivo de instituições do campo da Educação Física e da Saúde Coletiva <sup>68,69</sup>. Desse modo, esse movimento pode ser considerado um exemplo pioneiro de mobilização de atores, formação de coalizões e construção de consensos em torno das PCAF.

## **2. Qual agenda das Práticas Corporais e Atividades Físicas deve ser defendida no âmbito do SUS?**

A partir de nossa experiência como pesquisadores, profissionais, gestores e ativistas, elencamos alguns pontos estratégicos para compor a agenda das PCAF, os quais devem ser apoiados pelo *advocacy*, com ênfase na gestão federal do SUS (Quadro 1). Essa proposta não tem a intenção de esgotar o debate, ao contrário, visa fomentá-lo entre pesquisadores, profissionais e gestores de saúde, usuários do SUS, ativistas e demais atores da sociedade civil organizada.

Quadro 1. Proposta de agenda para as práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde que devem ser apoiadas pelo *advocacy*.

AGENDA	JUSTIFICATIVA
1. Instituição da Política Nacional de Práticas Corporais e Atividades Físicas no SUS (PNPCAF).	A ausência de uma política específica fragiliza a sustentabilidade de programas e ações, a formulação da agenda, a alocação de recursos e o alcance de metas.
2. Garantia do financiamento adequado e a alocação equitativa dos recursos para as PCAF.	O financiamento das PCAF é insuficiente e existem importantes desigualdades regionais na alocação dos recursos.
3. Reformulação dos modelos de financiamento existentes mediante avaliação, com processos de adesão facilitados, pactuação tripartite de indicadores, e instituição de componentes fixos e variáveis de recursos.	O modelo atual apresenta baixa efetivação do incentivo, com desigualdades regionais e barreiras para a implementação do IAF no âmbito municipal.
4. Inserção e ampliação das PCAF nas linhas de cuidado em saúde, com ênfase nas DCNT, em todos os níveis de atenção à saúde.	As PCAF contribuem para a promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação de diferentes condições de saúde.
5. Garantia da inserção e o alcance de metas específicas de PCAF nos instrumentos de planejamento e gestão federal do SUS (PNS; PAS; RAG).	Registrar o compromisso do governo federal na implementação de ações efetivas e com o financiamento adequado.
6. Ampliação, de forma equitativa, do número de PEF nos diferentes pontos da Rede da Atenção à Saúde, com ênfase na APS.	O baixo número de PEF e as desigualdades regionais na sua inserção comprometem o acesso às atividades individuais e coletivas com profissionais qualificados no SUS.
7. Instituição de estratégias digitais nos SIS para qualificar a vigilância e o monitoramento das PCAF no SUS.	A ausência de estratégias digitais voltadas à vigilância e ao monitoramento compromete a transparência e dificulta a avaliação das políticas de PCAF no SUS.
8. Indução e fomento de pesquisas com foco na avaliação de políticas, programas e ações em PCAF no SUS.	As pesquisas com foco na avaliação de políticas, programas e ações de PCAF ainda são escassas e a ausência de financiamento específico dificulta os avanços na implementação de políticas baseadas em evidências.
9. Elaboração e implementação de documentos técnicos específicos sobre as PCAF (ex: Guia de Atividade Física para a população brasileira; GAB; DORI; etc) com treinamentos e capacitação para os profissionais de saúde.	A escassez de treinamentos e capacitação, baseados em documentos técnicos sobre as PCAF dificulta sua incorporação pelos profissionais de saúde do SUS.
10. Ampliação e diversificação das ações de comunicação em saúde sobre as estratégias, programas e ações de PCAF na APS do SUS.	O baixo conhecimento sobre as PCAF na APS dificulta o acesso às PCAF, e fragiliza o controle social e o <i>advocacy</i> sobre a pauta no SUS.

Legenda: APS - Atenção Primária à Saúde; DCNT - Doenças e Crônicas Não Transmissíveis; DORI - Documento Orientador sobre a Prescrição de Exercícios Físicos na Atenção Primária à Saúde (APS) para pessoas com

Diabetes, DPOC, Hipertensão Arterial e Obesidade; GAB: Guia de orientação para o aconselhamento breve sobre atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde; IAF - Incentivo financeiro federal de custeio para a atividade física na Atenção Primária à Saúde; PAS - Programação Anual de Saúde; PCAF - Práticas Corporais e Atividades Físicas; PEF - Profissionais de Educação Física; PNPCAF - Política Nacional de Práticas Corporais e Atividades Físicas; PNS - Plano Nacional de Saúde; PES - Plano Estadual de Saúde; PMS - Plano Municipal de Saúde; RAG - Relatório Anual de Gestão; SIS - Sistemas de Informação em Saúde; SUS - Sistema Único de Saúde.

Fonte: elaboração própria.

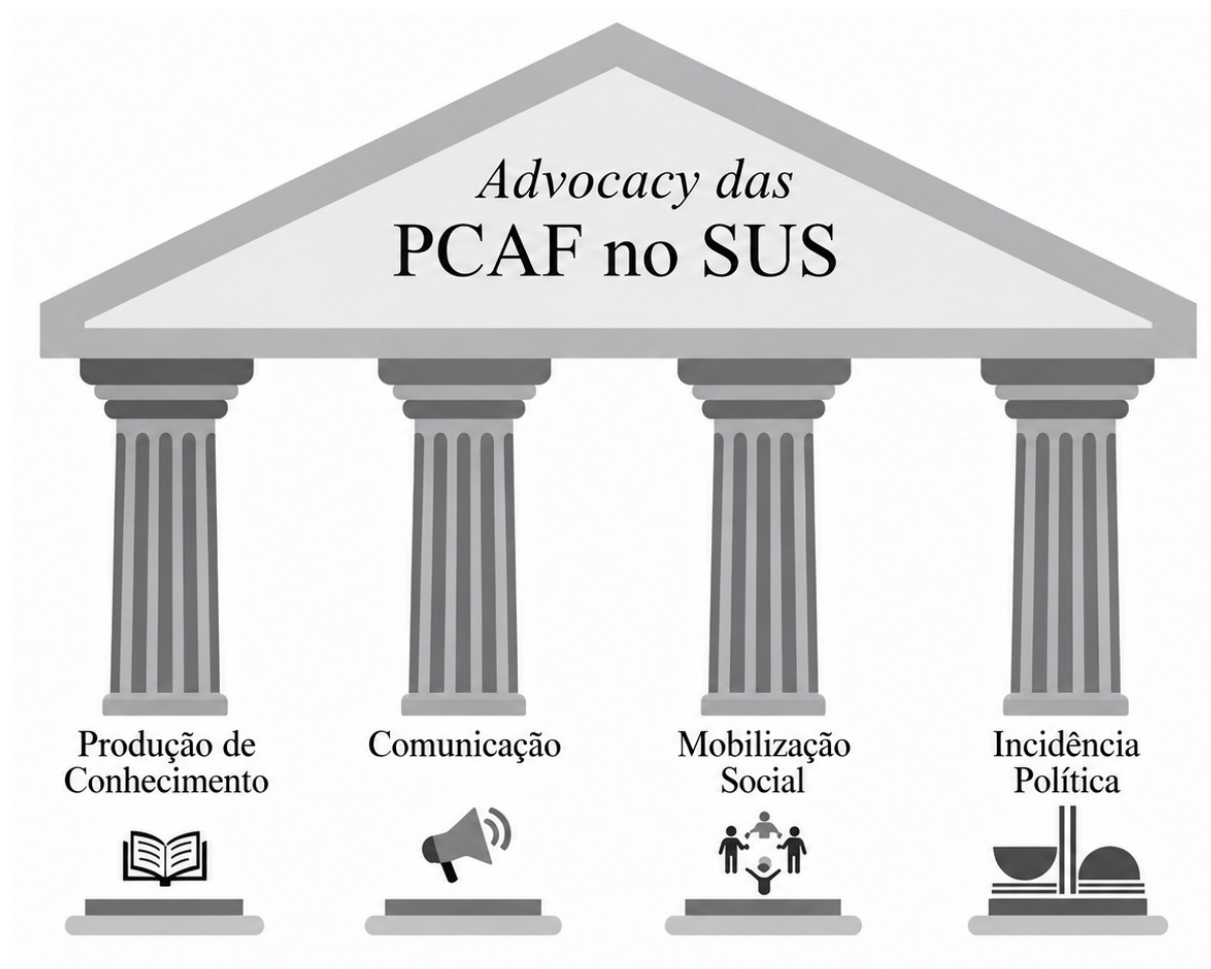
### **3. Como o *advocacy* pode influenciar a agenda de Práticas Corporais e Atividades Físicas no Sistema Único de Saúde?**

A falta de apoio, engajamento, recursos e priorização, bem como a aplicação do *advocacy* em diferentes níveis, são alguns dos principais desafios relacionados à agenda das PCAF<sup>70</sup>. Para avançar nessa agenda no âmbito do SUS, é necessário mobilizar um conjunto articulado de estratégias que ampliem a visibilidade e sensibilizem os principais atores quanto à sua relevância. Dentre as principais ações, destacam-se a oferta de orientação e suporte técnico, a construção de uma rede de cooperação, a formação de alianças entre diferentes atores, a realização de capacitações em *advocacy* como parte de atividades de educação permanente em saúde e a disponibilização de recursos necessários<sup>70</sup>.

Ademais, o sucesso das ações de *advocacy* das PCAF depende da combinação entre planejamento e aproveitamento de janelas de oportunidade. Segundo Earnest *et al.*<sup>28</sup>, para que a atuação de *advocacy* seja bem-sucedida, algumas habilidades e competências são necessárias, como identificar um problema passível de *advocacy*, definir sua abrangência, desenvolver um plano de ação estratégico, identificar e envolver parceiros estratégicos e comunicar uma mensagem efetiva. Em se tratando do problema apresentado neste ensaio, identificado como a falta de avanços na agenda das PCAF, sua abrangência foi detalhada no Quadro 1 e envolve também a falta de financiamento, apoio, efetividade, pessoal e produção técnico-científica sobre a agenda de PCAF no SUS.

Adicionalmente, para planejar e agir estrategicamente quando surgirem janelas de oportunidades, é preciso fortalecer as capacidades de pesquisadores, profissionais e formuladores de políticas<sup>71</sup>. Nesse contexto, o presente ensaio estruturou ações e práticas de *advocacy* de acordo com os quatro pilares estratégicos propostos no Guia de Ações de *Advocacy* para a Agenda 2030: a) produção de conhecimento; b) comunicação; c) mobilização social; e d) incidência política direta<sup>33</sup>. A Figura 2 ilustra os referidos pilares das ações de *advocacy* das PCAF no SUS.

Figura 2. Pilares das ações de *advocacy* das práticas corporais e atividades físicas do Sistema Único de Saúde.



Fonte: Elaboração própria.

a) *Produção de conhecimento*

A produção de conhecimento para embasar a sensibilização da população e a incidência junto aos decisores públicos sobre a relevância das PCAF para a saúde e para a agenda proposta no SUS, a partir das evidências científicas mais robustas e atuais, constitui um ponto de partida. Esse pilar é essencial para o convencimento e para rebater argumentos contrários, sendo necessário garantir que as informações técnicas sejam as mais completas e atualizadas possíveis para subsidiar o debate <sup>33</sup>. As evidências sobre as PCAF podem ser utilizadas para descrever aspectos epidemiológicos, como a magnitude e as tendências da PCAF segundo tempo e espaço geográfico, o perfil de morbimortalidade associada à falta de atividade física e as PCAF como fator de proteção para diversos eventos de saúde, assim como a avaliação do impacto de políticas e intervenções de saúde voltadas às PCAF <sup>30</sup>.

Apesar do reconhecimento da ciência como fundamental para orientar as PCAF, é imperativo que o conhecimento científico produzido seja também traduzido, mobilizado, disseminado, de tal forma que sejam implementadas políticas públicas efetivas<sup>30,34</sup>. Um exemplo a ser replicado de ação estratégica baseada em evidências científicas robustas e sem conflitos de interesse foi a implementação e a disseminação do Guia de Atividade Física para a População Brasileira, elaborado em linguagem acessível à população geral, a partir das evidências científicas robustas, submetido em consulta pública<sup>72</sup>.

O Brasil ocupa a quarta posição mundial na produção científica em PCAF, contudo, o desenvolvimento de pesquisas com foco em intervenções e políticas ainda é pouco explorado<sup>73,74</sup>. Diante disso, e visando ao avanço das PCAF enquanto política pública de saúde no SUS, recentes pesquisas nacionais passaram a debater o planejamento em saúde<sup>65</sup>, o financiamento<sup>63</sup>, a oferta e a participação nas atividades coletivas de PCAF na APS<sup>75,76</sup> e a proposição de uma agenda quadrienal<sup>67</sup>. Esse novo cenário da discussão científica visa a estimular e dar subsídios ao fortalecimento de programas e ações com vistas à ampliação da oferta e à redução das iniquidades de acesso às PCAF.

#### *b) Comunicação*

A comunicação visa sensibilizar e engajar tanto a população quanto os formadores de opinião e os decisores-chave<sup>33</sup>. As ações de comunicação para o avanço da agenda das PCAF têm como objetivos: a) engajar a população como aliada dessa causa, fortalecendo a ação coletiva e a pressão política sobre os tomadores de decisão; e b) realizar comunicação direta com gestores e formuladores de políticas para influenciar as decisões no âmbito do SUS.

Para avançar na agenda do Quadro 1, propõe-se que a comunicação não deva meramente trazer conteúdos sobre as PCAF e seus benefícios para a saúde, como ocorreu, por exemplo, com a campanha “Eu quero me exercitar”, divulgada no Portal Saúde Brasil<sup>77</sup>. A comunicação, enquanto estratégia de *advocacy*, deverá também enfatizar que o acesso a essas práticas constitui um direito da população brasileira e deve ser garantido por meio de políticas públicas, visando a contribuir para o empoderamento da população na formulação, na implementação, no monitoramento e na avaliação dessas políticas na APS do SUS<sup>78</sup>.

Essa comunicação pode assumir diferentes formatos, incluindo o uso de mídias digitais, comunitárias e de massa, com linguagem simples e acessível. Dentre as estratégias de comunicação das PCAF, reconhecendo as limitações bem como a necessidade de estarem articuladas com estratégias, políticas e programas da APS do SUS, propõe-se a realização de campanhas nacionais com ampla divulgação em datas estratégicas do calendário da saúde,

como, por exemplo, o Dia Nacional de Combate ao Sedentarismo (10/03) e o Dia do Esporte (23/06), além do Dia Mundial da Atividade Física (06/04) e do Dia Mundial da Saúde (07/04), além de datas alusivas à prevenção e ao enfrentamento das DCNT.

A comunicação proposta com a função de defesa da agenda está inserida em algo mais amplo: a literacia em saúde, entendida como o conjunto de conhecimentos e competências pessoais que permitem às pessoas acessar, compreender, avaliar e utilizar informações para promover e manter a saúde ao longo da vida <sup>27</sup>. Assim, busca-se promover o acesso a informações em saúde claras, culturalmente adequadas e baseadas em evidências, bem como fortalecer a capacidade crítica e prática das pessoas para utilizá-las, com vistas tanto ao aprimoramento da tomada de decisão individual quanto ao fomento do engajamento em ações coletivas de promoção da saúde, especialmente aquelas orientadas ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

Para tanto, urge desenvolver estratégias de comunicação que desnormalizem e exponham práticas de atores comerciais que não defendem os interesses da saúde pública. Por exemplo, a Copa do Mundo da Federação Internacional de Futebol (FIFA) de 2026 poderia ser considerada uma “janela de oportunidade” para o fortalecimento das estratégias de comunicação no âmbito das PCAF. Entretanto, é difícil crer que isso ocorrerá, pois, embora exista ampla mobilização social e midiática em torno do evento — o que poderia contribuir para o debate público sobre a relevância do esporte e de outras PCAF para a saúde — o esporte de rendimento, fortemente orientado por interesses econômicos, tende a se afastar do debate em defesa da saúde pública ao estabelecer vínculos com atores comerciais com conflitos de interesses. Como exemplo disso, destacamos que as competições e eventos esportivos promovidos pela FIFA são patrocinados há décadas por empresas cujas políticas, práticas ou produtos entram em conflito com os da saúde pública, como as de bebidas açucaradas, álcool e alimentos ultraprocessados <sup>79,80</sup>. O mesmo ocorre, em maior ou menor grau, em outros eventos esportivos, como os Jogos Olímpicos.

Em complemento, essas empresas, em parceria com a FIFA, utilizam os eventos esportivos para divulgar suas marcas e produtos e para promover sua imagem por meio da “lavagem de imagem pelo esporte” (*sportswashing*) <sup>80</sup>. Considerando que os atores comerciais com conflitos de interesses não agem isoladamente, mas ao lado de outros agentes, incluindo representantes de governos, que possuem potencial para restringir os danos à saúde causados comercialmente <sup>36</sup>, é premente reverter esse cenário em que o esporte de rendimento atua como um “vetor” que contribui para o adoecimento da população, em especial de crianças e adolescentes.

### *c) Mobilização social*

A mobilização tem como objetivo mapear e dialogar com os atores que já atuam, de alguma forma, com o tema. Para tanto, devem ser estabelecidas parcerias com diferentes atores, de modo que, quanto maior o número e a diversidade de apoiadores e interlocutores articulados em torno de uma agenda comum, maiores são as chances de ampliar sua visibilidade junto à população e ao poder público<sup>33</sup>. A mobilização comunitária pode exercer papel importante na defesa dessa agenda por meio da construção de coalizões e da aproximação de agendas convergentes.

Considerando que o Estado deve promover o acesso às PCAF, preferencialmente de forma prazerosa, segura e equitativa<sup>81</sup>, esse direito precisa abranger formas e mecanismos de participação social em fóruns formalizados para essa finalidade, a fim de negociar e pactuar com os governos, objetivando investimentos em políticas públicas que visem a assegurar esse direito<sup>46</sup>. Os Conselhos de Saúde, a priori, são espaços que foram constituídos para garantir a participação de usuários, profissionais e gestores do SUS, e portanto, precisam ampliar o debate sobre as políticas de PCAF.

Como outra oportunidade estratégica de mobilização da agenda das PCAF no âmbito do SUS, vale destacar as etapas municipais, estaduais/distrital e nacional da 18ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), entre março de 2026 e abril de 2027, cujo tema é “Saúde, Democracia, Soberania e SUS — cuidar do povo é cuidar do Brasil”<sup>82</sup>. Trata-se do principal espaço de participação social e de planejamento ascendente do sistema, no qual as demandas locais podem ser transformadas em diretrizes que influenciam diretamente o planejamento e o financiamento das políticas públicas de saúde. Portanto, a 18ª CNS é uma excelente oportunidade de articulação de atores e de realização de atividades de mobilização para a agenda das PCAF no SUS, pois reúne gestores, trabalhadores e usuários do SUS de todo o país para a definição de prioridades e elaboração de propostas para o Plano Nacional de Saúde 2028–2031<sup>82</sup>.

Um exemplo de iniciativa pioneira e que pode ser considerada exitosa de mobilização e participação social relacionada às PCAF no SUS foi a inclusão da proposta de fortalecimento das PCAF na APS do SUS no processo denominado “Brasil Participativo”, com a finalidade de pactuação de metas no Plano Plurianual 2024–2027<sup>83</sup>. Essa estratégia de promover a participação social por meio de plataforma digital, além de ser considerada uma tendência, pode ser uma oportunidade para fortalecer a democracia e ampliar o engajamento popular na defesa de pautas consideradas relevantes pela sociedade, incluindo as PCAF no SUS.

Para além dessas, as ações de difusão e disseminação estabelecidas no “Guia de Atividade Física para a População: recomendações para os profissionais e gestores de saúde”<sup>84</sup> podem servir de inspiração para a mobilização social. Como exemplo de ações possíveis de serem realizadas pelos profissionais de saúde, destaca-se a inclusão do tema das PCAF em campanhas em datas alusivas ao calendário da saúde, nos meios de comunicação do território e nas reuniões de equipes, dentre outras<sup>84</sup>. No âmbito da gestão, destacam-se a inclusão da pauta nas reuniões colegiadas de gestão e nas reuniões dos conselhos de saúde e nas conferências de saúde, nas ações de comunicação em saúde (rádio, TV, mídias sociais, entre outros), nas ações formativas dos profissionais de saúde, bem como em estratégias de telegestão (videoconferência, *webconferência* e *streaming*)<sup>84</sup>.

Diante do exposto, a mobilização social em torno das PCAF tem o potencial de ampliar as chances de priorização da agenda nos instrumentos de planejamento e de pactuação tripartite sobre o financiamento das ações e programas no SUS.

#### *d) Incidência política*

Os três pilares anteriores servem para fortalecer a etapa de incidência direta junto ao poder público, reconhecida como “*advocacy* direto”<sup>33</sup>. Essa etapa envolve o contato direto com os tomadores de decisão sobre a agenda que se deseja avançar e pode incluir parlamentares, gestores do Poder Executivo e outros atores, visando à construção de coalizões em apoio à pauta e à ocupação estratégica de espaços políticos para ampliar sua relevância e visibilidade, como por meio de reuniões, participação em audiências públicas e articulação com bancadas temáticas e frentes parlamentares<sup>33</sup>.

Este ensaio mapeou, como exemplo de incidência direta sobre as PCAF no SUS, algumas estratégias em defesa da criação da PNPCAF, tais como: 1) cobranças técnico-institucionais junto aos gestores e representantes do Ministério da Saúde; 2) articulação política para apoio parlamentar; 3) articulação institucional para mobilização de sociedades médicas e da sociedade civil<sup>68,69</sup>. Ainda que não possa ser estabelecida causalidade, após essa mobilização em torno da PNPCAF, diferentes acontecimentos apontam para a hipótese de que ela alcançou visibilidade, como a criação de uma estrutura organizacional específica no Ministério da Saúde (Coordenação de Práticas Corporais e Atividades Físicas na Atenção Primária à Saúde – Copaf) e a reformulação do Programa Academia da Saúde<sup>85,86</sup>.

Outra janela de oportunidade para a incidência direta das PCAF no âmbito do SUS são as eleições de 2026 para a Presidência da República, governos estaduais e Congresso Nacional. As disputas entre distintos projetos políticos para o país, com implicações diretas nas políticas

sociais, podem representar tanto ameaças, como o desmonte do SUS, inclusive no que se refere à promoção das PCAF, quanto oportunidades para o seu fortalecimento. A depender da orientação político-ideológica dos governos eleitos, poderá haver retração de investimentos, descontinuidade de programas e enfraquecimento da participação social ou, em contraponto, a consolidação de um ambiente institucional mais favorável, que constitua um verdadeiro “terreno fértil” para a ampliação da incidência política no campo das PCAF.

Assim, a defesa de projetos comprometidos com os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS torna-se central para assegurar que essas práticas sejam reconhecidas e efetivadas como direito da população, integrando, de forma estruturante, as políticas de promoção da saúde no país.

#### **4. Quem deve participar do *advocacy* para o fortalecimento das Práticas Corporais e Atividades Físicas no âmbito do SUS?**

Na perspectiva da contribuição que ideias, crenças e valores de diferentes grupos exercem sobre processos decisórios no ciclo de uma política pública, o *Advocacy Coalition Framework* é um dos principais modelos de análise da tomada de decisão<sup>87</sup>. Uma das premissas básicas desse modelo é a de que a maneira mais útil de pensar a mudança de políticas ao longo do tempo é focar na interação de atores estratégicos de diferentes instituições que acompanham e buscam influenciar a tomada de decisões em uma arena política<sup>88</sup>.

Além disso, o referido modelo estabelece que as disputas para transformar políticas públicas se dão entre diferentes atores articulados em coalizões de *advocacy*. Essas coalizões se agregam em função de interesses, ideias e valores comuns, que operam em um sistema de crenças em diferentes níveis, desde valores mais profundos, como posições ideológicas, até valores secundários, que contemplam estratégias e ferramentas para efetivar a política, incluindo um amplo conjunto de crenças mais específicas sobre a gravidade do problema, a importância relativa de fatores causais em contextos específicos, preferências de políticas quanto a regulações desejáveis ou alocações orçamentárias, o desenho de instituições específicas e as avaliações do desempenho de diferentes atores<sup>87,88</sup>.

Dentre os atores estratégicos para compor uma rede ampliada de *advocacy* das PCAF no SUS, incluem-se: a comunidade (usuários atendidos no SUS); as organizações da sociedade civil; o governo (representado por gestores e profissionais de saúde das três esferas de gestão do SUS); a academia (sociedades científicas, pesquisadores e docentes); os conselhos e associações de profissionais de saúde; e os influenciadores das áreas da saúde e do esporte. Esses últimos atores devem estar alinhados aos interesses primários de defesa da saúde e das

PCAF enquanto um direito, reconhecendo as iniquidades no seu acesso e, portanto, à necessidade de políticas públicas para a redução de barreiras e ampliação do acesso às PCAF.

O Quadro 2 apresenta a proposta de atores estratégicos e de suas possibilidades de contribuição para o *advocacy* das PCAF no SUS. Cabe ressaltar que essa separação é feita para fins didáticos, já que, por exemplo, em muitos casos pode haver multiplicidade de papéis, ou seja, um profissional pode atuar simultaneamente na academia e em um conselho ou associação.

Quadro 2. Atores estratégicos e possibilidades de contribuição para o *advocacy* das práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde.

Atores estratégicos	Possibilidades de contribuição para o <i>advocacy</i>
Comunidade (usuários do SUS)	Demandar políticas públicas; participar de fóruns e conselhos; fortalecer a pressão e o controle social.
Organizações da sociedade civil	Liderar coalizões; organizar e promover campanhas; pressionar governos e parlamentares; fortalecer a mobilização social em torno do <i>advocacy</i> ; incidir junto ao poder Legislativo e Executivo.
Governo (gestores e profissionais de saúde das esferas federal, estadual e municipal*)	Defender as políticas “por dentro” da estrutura institucional do SUS nos âmbitos federal, estadual e municipal; implementar estratégias, programas e ações; promover a articulação intersetorial nos diferentes níveis de gestão; incidir junto ao poder Legislativo e Executivo..
Academia (sociedades científicas, pesquisadores e docentes)	Elaborar posicionamentos técnicos; articular consensos no campo; produzir evidências científicas; traduzir conhecimento para políticas; realizar apoio técnico aos gestores e profissionais; fortalecer a legitimidade científica; incidir junto ao poder Legislativo e Executivo.
Associações e Conselhos de profissionais de saúde	Organizar e promover campanhas; realizar o <i>advocacy</i> institucional; incidir junto ao poder Legislativo e Executivo.
Influenciadores das áreas da Saúde e do Esporte	Atuar como porta-vozes; sensibilizar mídia e tomadores de decisão; dar visibilidade à agenda; inspirar engajamento comunitário; incidir junto ao poder Legislativo e Executivo.

Legenda: (\*) - Conforme explicitado antes, a ênfase é na gestão federal do SUS a partir da capacidade do Ministério da Saúde de instituir e fomentar políticas públicas que serão implementadas nos municípios. Logo, gestores e trabalhadores estaduais e principalmente municipais operacionalizam tais políticas no cotidiano.

Fonte: Elaboração própria.

Muitos casos de sucesso resultantes do *advocacy* em saúde pública foram caracterizados pela presença de atores enquanto formadores de opinião e propulsores da tomada de decisão, que desempenharam papel fundamental ao despertar a motivação em outras pessoas e

impulsionar mudanças na agenda <sup>30</sup>. Nesse sentido, considerando a relação estrutural e inerente dos profissionais da Educação Física com as PCAF, essa categoria precisa “entrar em campo” e assumir protagonismo nas ações de *advocacy*, embora essa atuação não deva ser exclusiva dessa área.

A constituição de uma rede coordenada e articulada, com a participação de sociedades científicas do campo da educação física, especialmente o Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE) e a Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde (SBAFS), de campos correlatos com os quais há interseção, como a Saúde Coletiva, representada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), de pesquisadores e docentes, das associações profissionais e dos Conselhos Federal e Regionais de Educação Física (CONFED/CREFs), pode fortalecer o *advocacy* em defesa das PCAF no SUS. Destacam-se ainda a participação de atores de outros coletivos com potencial para o fortalecimento da agenda de promoção das PCAF, tais como a Rede Vidas Ativas, o Fórum Intersetorial de DCNT no Brasil, a Rede de Esporte pela Mudança Social e a ACT Promoção da Saúde, entre outros.

### **Considerações finais**

Espera-se que o presente ensaio contribua para a ampliação do debate e para a qualificação das ações de *advocacy* sobre as PCAF no SUS, convidando diferentes atores estratégicos a contribuírem com o tema.

Estudos futuros de revisão são necessários para identificar as produções científicas e as lacunas do conhecimento relacionadas ao *advocacy* sobre o tema das PCAF nos sistemas de saúde pública em âmbito global. Também se fazem necessários estudos de mapeamento detalhado dos atores alinhados ao interesse primário de ampliação das PCAF enquanto política de saúde pública, bem como dos atores com potenciais conflitos de interesses.

Em conclusão, no contexto dos 20 anos da PNPS, o fortalecimento da agenda das PCAF no SUS, a partir do conjunto de ações e práticas de *advocacy* estruturadas neste ensaio, pode servir como elemento estratégico para consolidar as PCAF como política pública de saúde orientada pela equidade e como direito da população brasileira, podendo culminar na criação da PNPCAF, com vistas a fortalecer as iniciativas existentes e ampliar o acesso por meio dos serviços de saúde do SUS.

### **Declaração de conflito de interesse**

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

### **Declaração de disponibilidade de dados da pesquisa**

Todo o conjunto de dados de apoio aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

### **Declaração de uso de IA**

A ferramenta de inteligência artificial *OpenAI ChatGPT* foi utilizada como apoio na revisão técnico-gramatical do texto e na tradução do resumo e das palavras-chave para o inglês e o espanhol.

### **Declaração de contribuição dos autores**

- Concepção e delineamento do estudo: LAV; DSB; FFBC.
- Análise e interpretação dos dados: LAV; BKH; DRA; DSB; FFBC.
- Redação do manuscrito: LAV; BKH; DRA; DSB; FFBC.
- Revisão crítica de seu conteúdo intelectual: LAV; BKH; DRA; DSB; FFBC.
- Aprovação da versão final a ser publicada: LAV; BKH; DRA; DSB; FFBC.

### **Referências**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*. 2006 mar 30. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687\\_30\\_03\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2446, de 11 de novembro de 2014. Altera dispositivos da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*. 2014 nov 11. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)
3. Dias MSA, Silva LCC, Vieira-Meyer APGF, Brito MCC, Rocha DG. Sinuosidades na linha de indução, institucionalização e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Cien Saude Colet*. 2026;31(1):e01822024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.01822024>
4. Alves L. Health in Brazil: 1 year of Lula. *Lancet*. 2024;403(10426):518-519. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00234-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00234-4)
5. Castro MC, Trindade N, Chioro A, Temporão JG, Costa H, Padilha A, et al. Restoring health priorities in Brazil. *Science*. 2023;380(6641):142-143. <https://doi.org/10.1126/science.adh1254>

6. Fleury S, Moreira AEMM, Barreto M, Santos JS. A Frente pela Vida e a atualização do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. *Saude debate*. 2024;48(141):e8973. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418973P>
7. Machado CV. Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cien Saude Colet*. 2024;29(7):e02192024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02192024>
8. Bernardo D, Alecrim JV, Ferreira QR, Andrade DR. Políticas públicas de atividade física no Brasil: quais caminhos já percorremos? *Rev Bras Ativ Fis Saude* [Internet]. 2025 mar 19;29:1-4. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/15374>
9. Knuth AG, Crochemore-Silva I, Nunes BC, Mielke GI, Hallal PC, Martinez JFN, et al. Práticas corporais e atividades físicas articuladas à promoção da saúde: a composição coletiva de uma obra técnica para o SUS. *Movimento* [Internet]. 2025;31:e31048. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.141115>
10. Malta DC, et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva, resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018;23(6):1799-1809. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>
11. Vieira LA, Carvalho FFB. As práticas corporais e atividades físicas nos 15 anos da Política Nacional de Promoção da Saúde: a defesa da equidade em um contexto de austeridade. *Rev Pan-Amaz Saude* [Internet]. 2021;24. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/feff/article/view/68737>
12. Melo MA, Silva AS, Pimenta AL, Mendes A, Paiva JLL. Financiamento da APS ao longo do tempo: indução, expansão e qualificação do modelo Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2025;30(12):e12642025. <https://doi.org/10.1590/1413-812320253012.12642025>
13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>
14. Evedove AUD, Melanda FN, Mielke GI, Silva AR, Augusto NA, Loch MR. 10-years of gender inequalities in leisure-time physical activity among Brazilian adults (2010–2019). *Cien Saude Colet* [Internet]. 2025;30(8):e14032023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025308.14032023>
15. Germani ACCG, Aith F. Advocacia em promoção da saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. *Rev Dir Sanit* [Internet]. 2013;14(1):34-59. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/56622>
16. Messing S, Krennerich M, Abu-Omar K, Ferschl S, Gelius P. Physical activity as a human right? *Health Hum Rights*. 2021;23(2):201-211. <https://www.hhrjournal.org/2021/10/28/physical-activity-as-a-human-right/>

17. Carvalho FFB, Bernardo D, Motta-Santos D, Vieira LA. Democracy above all: reflections on promoting physical activity in the Brazilian health system. *J Phys Act Health*. 2026;23(4):447-448.  
<https://journals.humankinetics.com/view/journals/jpah/23/4/article-p447.xml>
18. Knuth AG, Antunes PC. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. *Saude Soc [Internet]*. 2021;30(2):e200363. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200363>
19. Shilton T, Milton K. Achieving advocacy success: the International Society for Physical Activity and Health's long-term strategy to advance physical activity as a priority in global health policy. *J Phys Act Health*. 2024;21(12):1446-1452.  
<https://doi.org/10.1123/jpah.2024-0214>
20. Carvalho FFB, Akerman M, Cohen SC. A promoção da saúde na Atenção Básica: o papel do setor saúde, a mudança comportamental e a abordagem individual. *Estud Av [Internet]*. 2023;37(109):89-104. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2023.37109.007>
21. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Marco de referência sobre a dimensão comercial dos determinantes sociais da saúde na agenda de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Brasília: OPAS; 2020. Disponível em: [https://actbr.org.br/uploads/arquivos/OPASBRANMH20136\\_por.pdf](https://actbr.org.br/uploads/arquivos/OPASBRANMH20136_por.pdf). Acesso em: 21 abr. 2026.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Plano nacional de atividade física [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_atividade\\_fisica.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_atividade_fisica.pdf). Acesso em: 16 maio 2026.
23. Carvalho FFB, Vieira LA. Práticas corporais e atividades físicas: no SUS, a ordem dos fatores altera o produto? *Rev Bras Ativ Fís Saúde [Internet]*. 2025 set 4;30:1-14. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/15393>.
24. Merhy EE, Slomp Junior H, Feuerwerker LCM, Moebus RLN. A promoção da saúde vista genealogicamente como prática discursiva em sua produção de mundos e uma leitura micropolítica dos determinantes sociais da saúde. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2023;27:e220231. <https://doi.org/10.1590/interface.220231>
25. Carvalho FFB, Cohen SC, Akerman M. Refletindo sobre o instituído na promoção da saúde para problematizar “dogmas”. *Saude Debate [Internet]*. 2017;41(spe3):265-276. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S320>
26. Fontes FLL, Silva ES, Borges JWP. Instrumentos de planejamento e promoção da saúde na conjuntura do sistema de saúde brasileiro: scoping review. *Physis (Rio J.) [Internet]*. 2025;35(2):e350205. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350205pt>
27. World Health Organization. *Health promotion glossary of terms 2021 [Internet]*. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>.

28. Earnest MA, Wong SL, Federico SG. Perspective: physician advocacy: what is it and how do we do it? *Acad Med*. 2010;85(1):63-67. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c40d40>
29. Nsiah C, Siakwa M, Ninnoni JPK. Registered nurses' description of patient advocacy in the clinical setting. *Nurs Open*. 2019;6(3):1124-1132. <https://doi.org/10.1002/nop2.307>
30. Shilton T. Advocacy for physical activity—from evidence to influence. *Promot Educ*. 2006;13(2):118-126. <https://doi.org/10.1177/10253823060130020106>
31. Dahlgren G, Whitehead M. Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 2. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2006. Disponível em: <https://iris.who.int/items/ad315d37-b879-4318-8a3a-1ad9e6b8ac4f>
32. Farrer L, Marinetti C, Cavaco YK, Costongs C. Advocacy for health equity: a synthesis review. *Milbank Q*. 2015;93(2):392-437. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12112>
33. ACT Promoção da Saúde. *Guia de ações de advocacy para a Agenda 2030: um guia para acompanhar e incidir sobre a Agenda 2030 visando à garantia e à promoção dos direitos econômicos, sociais, culturais e à superação das desigualdades para não deixar ninguém para trás* [Internet]. São Paulo/Rio de Janeiro: ACT Promoção da Saúde; 2020. Disponível em: <https://gtagenda2030.org.br/wp-content/uploads/2021/04/guia-advocacy-agenda-2030-act.pdf>
34. Shilton T. Creating and making the case: global advocacy for physical activity. *J Phys Act Health*. 2008;5(6):765-776. <https://doi.org/10.1123/jpah.5.6.765>
35. Rezende LFM, Martinez-Steele E, Louzada MLC, Levy RB, Monteiro CA. Misleading narrative of “healthy” ultraprocessed foods. *BMJ*. 2026;392:e087538. <https://doi.org/10.1136/bmj-2025-087538>
36. Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang HJ, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet*. 2023;401(10383):1194-1213. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2)
37. McLaughlin M, Murphy J, Rigby BP, Ennis G. We do have enemies and we should know who they are: the commercial determinants of physical activity. *J Phys Act Health*. 2025;22(11):1339-1341. <https://doi.org/10.1123/jpah.2025-0402>
38. Pereira TN, Gomes FS, Carvalho CMP, Martins APB, Duran ACFL, Hassan BK, et al. Regulatory measures for the protection of adequate and healthy diet in Brazil: a 20-year analysis. *Cad Saude Publica*. 2021;37(Suppl 1):e00153120. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00153120>
39. Mais LA, Mialon M, Hassan BK, Peres JMD, Santos MG, Martins APB, et al. Do they really support "your freedom of choice"? FoPNL and the food industry in Brazil. *Front Nutr*. 2023;9:921498. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.921498>

40. Hassan BK, Silva de Moraes VL, Mais LA, Martins ATM, Fragano Baird M, Albiero MS, et al. Disputes over the agenda to promote adequate and healthy eating: how the agri-food sector interfered in the Brazilian tax reform. *Soc Sci Med*. 2025;371:117747. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117747>
41. Bauman A, Petersen CB, Kolbe-Alexander T, et al. Commercial determinants and influences on physical activity: is physical activity a unique issue? *J Phys Act Health*. 2026;1-2. <https://doi.org/10.1123/jpah.2026-0191>
42. Milton K, Buse K, Bull F. Powerful actors who undermine physical activity policy must be challenged. *BMJ*. 2025;388:r487. <https://doi.org/10.1136/bmj.r487>
43. Loch MR, Guerra PH. A preguiça como explicação da inatividade física: comentários e reflexões sobre discrepâncias entre as evidências científicas e o discurso jornalístico. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018;34(12):e00223017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223017>
44. Ramírez Varela A, Bauman A, Woods CB, Shawar YR, Hallal PC, Salvo D, et al. Low global physical activity despite two decades of policy progress. *Nat Health*. 2026;1:338-354. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s44360-025-00044-3>
45. McLaughlin M, McCue P, Swelam B, Murphy J, Edney S. Physical activity—the past, present and potential future: a state-of-the-art review. *Health Promot Int*. 2025;40(1):daae175. <https://doi.org/10.1093/heapro/daae175>
46. Buse K. Thinking and acting politically for effective policies for physical activity. *J Phys Act Health*. 2025;22(5):525-530. <https://doi.org/10.1123/jpah.2025-0033>
47. Pronk NP, Arena R, Zimmerman FJ, Woodard C. Driving physical activity policy for improved population health demands political action. *Br J Sports Med*. 2026;60(4):300-301. <https://bjsm.bmj.com/content/60/4/300.long>
48. Milton K, Cavill N, Chalkley A, et al. Eight investments that work for physical activity. *J Phys Act Health*. 2021;18(6):625-630. <https://doi.org/10.1123/jpah.2021-0112>
49. Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Ministério da Saúde; Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde; Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). *Panorama da APS no SUS: Censo Nacional das UBS 2024*[recurso eletrônico]. Brasília (DF): Ed. do Autor; 2025. Disponível em: <https://redeaps.org.br/informativos-e-noticias/noticias/lancamento-do-e-book-panorama-da-aps-no-sus-censo-nacional-das-ubs-2024/14705/>
50. Carvalho FFB, Vieira LA. The promotion of physical activity in LMICs: public health policy in Brazil. *Lancet Glob Health*. 2023;11(11):e1698. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00425-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00425-4)

51. Carvalho SR, Paschoalotte LM, Cunha GT, Andrade HS. É possível uma promoção não neoliberal à saúde? *Physis (Rio J.)* [Internet]. 2025;35(2):e350215. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350215pt>
52. Mattioni FC, Silveira RP, Souza CD, Rocha CMF. Práticas de promoção da saúde como resistência e contraconduta à governamentalidade neoliberal. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2022;27(8):3273-3281. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.23902021>
53. Strain T, Flaxman S, Guthold R, Semanova E, Cowan M, Riley LM, et al. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5.7 million participants. *Lancet Glob Health*. 2024;12(8):e1232-e1243. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00150-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00150-5)
54. Garcia L, Pearce M, Abbas A, Mok A, Strain T, Ali S, et al. Non-occupational physical activity and risk of cardiovascular disease, cancer and mortality outcomes: a dose-response meta-analysis of large prospective studies. *Br J Sports Med*. 2023;57(15):979-989. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-105669>
55. Salvo D, Crochemore-Silva I, Wendt A, Tarp J, Shiroma EJ, Simpson RJ, et al. Physical activity for public health in the 21st century. *Nat Med*. 2026. <https://doi.org/10.1038/s41591-026-04237-5>
56. Santos AC, Willumsen J, Meheus F, Ilbawi A, Bull FC. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. *Lancet Glob Health*. 2023;11(1):e32-e39. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00464-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00464-8)
57. Silva RCF, Malhão TA, Rezende LFM, Barbosa RS, Schilithz AOC, Moreira LGM, et al. Current and future costs of cancer attributable to insufficient leisure-time physical activity in Brazil. *PloS One*. 2023;18(7):e0287224. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287224>
58. Prodel E, Mrejen M, Mira PAC, Britto J, Vargas MA, Nobrega ACL. The burden of physical inactivity for the public health care system in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2023;57:37. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004589>
59. Brasil. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de DANT)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view)
60. Malta DC, Gomes CS, Silva AG, Souza JB, Morais EAH, Freitas PC, et al. Análise temporal das prevalências de doenças crônicas não transmissíveis, dos fatores de risco e de proteção segundo escolaridade de 2006 a 2023. *Cien Saude Colet*[Internet]. 2025;30:e14172024. <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.14172024>

61. Wahrhaftig J, Ferrari G, Claro R, Antunes ABS, Cardoso LO, Rezende LFM. Progress toward the 2030 targets of Brazil's Strategic Action Plan for noncommunicable diseases: a time-series and projection analysis of risk factors. *Lancet Reg Health Am*. 2026. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2026.101494>
62. Malta DC, Veloso GA, Gomes CS, Barreto ML. Noncommunicable chronic diseases and health challenges in 2050. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2026;29:e260011. <https://doi.org/10.1590/1980-549720260011>
63. Carvalho FFB de, Loch MR, Sposito LAC, Andrade DR, Vieira LA. Recursos da União para as práticas corporais e atividades físicas no SUS: análise do ciclo governamental 2019-2022. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2024;29(1):e19352022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.19352022>
64. Carvalho FFB, Almeida ER, Loch MR, Knuth AG. As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2022;27(6):2163-2174. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.1524202>
65. Vieira LA, Carvalho FFB. Planejamento no SUS: a agenda das práticas corporais e atividades físicas de 2004 a 2023. *Saude Debate* [Internet]. 2024;48(141):e8865. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418865P>
66. Ferreira RW, Caputo EL, Häfele CA, Jerônimo JS, Florindo AA, Knuth AG, et al. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019;35(2):e00008618. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00008618>
67. Carvalho FFB, Vieira LA. Práticas corporais e atividades físicas como política pública de saúde: desafios para avançar na atenção primária do Sistema Único de Saúde no período de 2023 a 2026. *Pensar a Prática*. 2023;26. <https://doi.org/10.5216/rpp.v26.75847>
68. Andrade DR, Vieira LA, Lemos EC, Oliveira RB, Carvalho FFB. Política nacional de atividade física e práticas corporais no SUS: a hora é agora! [Internet]. SciELO Preprints. 2025 [citado 2026 abr 13]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/11606>
69. Carvalho FFB de, Tavares GH, Pereira Filho ES. Criação da Política Nacional de Práticas Corporais e Atividades Físicas no SUS: um debate a partir do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE). *Rev Bras Ciênc Esporte* [Internet]. 2025;47:e20250052. <https://doi.org/10.1590/rbce.47.e>
70. Murphy J, Milton K, McLaughlin M, Shilton T, McLoughlin GM, Reece LJ, et al. Advocating for implementation of the Global Action Plan on physical activity: challenges and support requirements. *J Phys Act Health*. 2023;20(1):10-19. <https://doi.org/10.1123/jpah.2022-0357>

71. Ma J, Vandelanotte C, Petrunoff N, Cleland V, Bauman A, Wong S, et al. Successful scale-up in physical activity: is it simply a matter of luck? *J Phys Act Health*. 2025. <https://doi.org/10.1123/jpah.2025-0787>
72. Tenório MC, Coelho-Ravagnani C, Umpierre D, Andrade DR, Autran R, Barros MVG, et al. Physical activity guidelines for the Brazilian population: development and methods. *J Phys Act Health*. 2022;19(5):367-373. <https://doi.org/10.1123/jpah.2021-0756>
73. Machado PG, Florindo AA, Knuth AG, Varela AR, Malta DC, Kohn ER, et al. Progress in physical activity surveillance, research, policy, and gender equity in Brazil: results from the Global Observatory for Physical Activity. *J Phys Act Health*. 2025;22(7):819-826. <https://doi.org/10.1123/jpah.2024-0375>
74. Vieira LA, Carvalho FFB, Bernardo D, Galvão LL, Andrade DR, Bocalini DS. Pesquisas em atividade física: análise da agenda financiada pelo Ministério da Saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. No prelo.
75. Carvalho FFB de, Guerra PH, Silva DB, Vieira LA. Oferta e participação nas práticas corporais e atividades físicas na atenção primária no Brasil: análise de 2014 a 2022. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2025;30(1):e09492023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.09492023>
76. Dutra RP, Knuth AG. Práticas corporais e atividades físicas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2013 e 2021. *Physis*. 2025;35(1):e350119. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350119pt>
77. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado 2026 maio 4]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil>
78. Nunes BC, Knuth AG. “Eu quero me exercitar”: as controversas recomendações para a atividade física em site do Ministério da Saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2023;28(2):575-584. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.07462022>
79. Sá TH. Can Coca-Cola promote physical activity? *Lancet*. 2014;383(9934):2041. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60988-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60988-0)
80. Guerra PH, Carvalho FFB de, Loch MR. “Seja ativo”: contradições na parceria entre Federação Internacional de Futebol e Organização Mundial da Saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* [Internet]. 2026 mar 27;31:1-5. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/15527>
81. Hallal PC, Lee IM, Sarmiento OL, Powell KE. The future of physical activity: from sick individuals to healthy populations. *Int J Epidemiol*. 2024;53(5):dyae129. <https://doi.org/10.1093/ije/dyae129>
82. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Etapa municipal da 18ª Conferência Nacional de Saúde começa na segunda (16) e abre espaço para propostas dos territórios [Internet]. Brasília: CNS; 2026 [citado 2026 mar 20]. Disponível em:

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/marco/etapa-municipal-da-18a-conferencia-nacional-de-saude-comeca-na-segunda-16-e-abrem-espaco-para-propostas-dos-territorios>

83. Carvalho FFB de, Sposito LAC, Vieira LA. Brasil Participativo: as práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde no Plano Plurianual 2024-2027. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2024;28:e230524. <https://doi.org/10.1590/interface.230524>
84. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Guia de atividade física para a população brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude/programa-crescer-saudavel/publicacoes/guia\\_atv\\_gestores.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude/programa-crescer-saudavel/publicacoes/guia_atv_gestores.pdf/view)
85. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 12.708, de 31 de outubro de 2025. Altera o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2025 [citado em 2026 maio 18]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2025/decreto/d12708.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/d12708.htm)
86. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 10.244, de 13 de fevereiro de 2026. Altera dispositivos da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5 e nº 6, ambas de 28 de setembro de 2017, que dispõem sobre o Programa Academia da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2026 [citado em 2026 maio 18]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-10.244-de-13-de-fevereiro-de-2026-687403075>
87. Oliveira HC de, Sanches Filho A. Uma breve trajetória dos elementos constitutivos do Advocacy Coalition Framework (ACF). *Rev Adm Pública* [Internet]. 2022;56(5):632-653. <https://doi.org/10.1590/0034-761220220049>
88. Jenkins-Smith HC, Sabatier PA. Evaluating the Advocacy Coalition Framework. *J Public Policy*. 1994;14:175-203. <https://www.jstor.org/stable/4007571>

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.